

Kölner Entgeltforum Psychiatrie
4. PEPP-Fachtagung des LVR-Klinikverbundes am 20.11.2017

Die neue Behandlungsform der stationsäquivalenten Behandlung nach §115d SGB V

Bernhard Koelber
Leiter Unternehmensentwicklung
Pfalzlinikum

Wo komme ich her...



Eckdaten:

2044 Mitarbeiter, 105,2 Mio. € Umsatz, 1.060 Betten und Plätze

Fachgebiete Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Maßregelvollzug, Ambulanzen, Gemeindepsychiatrie, IV-Vertrag „stattkrankenhaus“
Prävention – Die Pfalz macht sich/dich stark – Wege zur Resilienz

Stand: 12/2016

Perspektiven auf ein (noch) weitgehend unbekanntes Terrain



Stationsäquivalente Behandlung aus ...

1. sozialrechtlicher,
2. fachlich-Inhaltlicher,
3. psychiatriepolitischer,
4. organisationaler und
5. betriebswirtschaftlicher

Perspektive



Perspektive 1: Rechtliche Grundlagen

PsychVVG Art. 5

„Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische **Behandlung im häuslichen Umfeld** durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der **Inhalte** sowie der **Flexibilität** und **Komplexität** der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“

§39 SGB V

„Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung ..., wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld **nach Prüfung durch das Krankenhaus** erforderlich ist, weil das Behandlungsziel **nicht** durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.“

§115d SGB V

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft **vereinbaren** ...

Anforderungen an die Dokumentation ... die Qualität ...

Die entsprechende Vereinbarung ist am 01.08.2017 in Kraft getreten

Perspektive 2: fachlich-inhaltliche Aspekte (I)

Eckpunkte der Vereinbarung,

(wurden im Wesentlichen in den OPS-Katalog übernommen)

- » Häusliches Umfeld muss geeignet sein (Eignung muss fachärztlich zu Beginn und im Verlauf der Behandlung festgestellt werden)
- » Stichworte: Kindeswohlgefährdung, Möglichkeit zum 4-Augen-Gespräch, Zustimmung der Mitbewohner bzw. Wohneinrichtung, Klärung der Versorgung
- » Team: mindestens Arzt, Pflegekraft und eine weitere Person (Psychologe, Spezialtherapeut), fachärztliche Verantwortung
- » Mindestens einmal täglich direkter Patientenkontakt
- » wöchentliche ärztliche Visite im häuslichen Umfeld sowie wöchentliche Fallbesprechung mit mindestens 3 beteiligten Berufsgruppen bei Behandlungsdauer >6 Tage
- » Beauftragung Dritter möglich (max. 50% der Therapiezeit)

Perspektive 2: fachlich-inhaltliche Aspekte (II)

Mögliche Einschlusskriterien

- » Negative Vorerfahrungen im Krankenhaus
- » Häufige Klinikaufenthalte, Hospitalisierungsgefahr
- » Risiko der Verschlechterung durch Krankenhaus (z.B. bei Demenz)
- » Gehäufte Behandlungsabbrüche
- » Fokus auf Krisenintervention
- » Fokus auf Transfer in den Alltag
- » Psychosozialer Hilfebedarf
- » Körperbehinderung mit Versorgung zu Hause
- » Vorzeitiger Entlassungswunsch
- » Präferenz des Patienten

Perspektive 3: psychiatriepolitische Bewertung

- » Richtiger Schritt: Möglichkeit der Zuhause-Behandlung auch akuter Störungen und Erkrankungen überfällig (nationale und internationale Erfahrungen)
- » Türöffner-Funktion: PEPP-Systems (Regelsystem) bewegt sich in die richtige Richtung: Krankenhaus als „ultima ratio“, **Deinstitutionalisierung** und **Individualisierung**
- » Administrative Grenze zum ambulanten System bleibt bestehen, ein flexibler und bedarfsgerechter Übergang bleibt schwierig
- » Neue Abgrenzungs-, Begründungs- und Rechtfertigungsnotwendigkeiten, Streitfälle vorprogrammiert
- » Anreizwirkung von PEPP zur konsequenten Umsetzung fraglich

Dennoch: Die psychiatrischen **Krankenhäuser** sind **im Zugzwang**, ein Scheitern des Modells könnte m.E. die Bemühungen um eine weitere sektorübergreifende Ausgestaltung des PEPP-Systems gefährden.

Perspektive 4: Herausforderung für die Organisation (I)

Veränderung von Paradigmen und Einstellungen

Mitarbeiter gehen zum Arbeiten ins Krankenhaus



Mitarbeiter verlassen das Krankenhaus zum Arbeiten.

Nur das Krankenhaus bietet optimale Bedingungen zur Genesung.



Es gibt Menschen, die zu Hause besser gesund werden.

Der Patient ist Gast im Krankenhaus.



Das Krankenhaus ist Gast beim Patienten.

Sicherheit wird durch die Institution hergestellt.



Sicherheit ist auf tragfähige Beziehung und Kompetenz angewiesen

Aufsichtspflicht, „Entpflichtung“ des Patienten



„Aufsuchpflicht“, Verpflichtung von Team und Patient

„Künstliches“ therapeutisches Milieu



Behandlung im eigenen Sozialraum

Perspektive 4: Herausforderung für die Organisation (II)

Veränderung von Strukturen und Prozessen, Kompetenzaufbau

- » Eigenes StäB-Team oder integriertes Modell aus vorhandenen Stationen heraus? Generalisten oder Spezialisten-Ansatz?
- » Wo, wann und wie kommt die Indikationsentscheidung für StäB zustande?
- » Wie werden Mitarbeiter gefunden und auf die neue Aufgabe vorbereitet?
- » Wie wird „jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit“ (24/7) realisiert?
- » Wie erfolgt eine Therapie- und Entlassplanung und deren Dokumentation? (digitale Patientenakte, mobile Anwendungen?)
- » Werden Dritte einbezogen und wenn ja wie?

Perspektive 5: Betriebswirtschaft

- » Grundsätzliche Annahme: Durchführung von StäB wird das Gesamtbudget nicht erhöhen
- » Erlöse noch fraglich, nach der Logik des Konzeptes dürften die Bewertung nicht wesentlich von der der stationären Behandlung abweichen, aber ... **unbewertete PEPP, vorerst 200 €**
- » **2 OPS-Ziffern:**
 - › 9-701.XX (Erwachsenenpsychiatrie)
 - › 9-801.XX (Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- » Veränderte Kostenstruktur, vermutlich nicht weniger, jedoch andere Fix- und Vorhaltekosten
- » Variable Kosten: hohe Streuung ist sehr wahrscheinlich, da der individuelle Betreuungsaufwand sehr unterschiedlich

Mein Fazit

- » Klein anfangen, Ausprobieren, **Erfahrungen sammeln**, statt theoretischer Diskussionen, was alles schiefgehen kann
- » **Chancen** in den Mittelpunkt stellen, kontrolliert Risiken eingehen
- » Häuser, die bereits aufsuchende Strukturen aufgebaut haben (z.B. im Rahmen von Modellprojekten, IV-Verträgen, PIA) sind im Vorteil
- » Nach draußen gehen **verändert** Perspektiven und Haltungen: Personen- statt Institutionenorientierung, Verhandeln statt behandeln
- » Der Einstieg in StäB braucht **gute Planung, engagierte Menschen und Rückendeckung** durch die Unternehmensleitung.
- » Gegenüber den Kostenträgern proaktive Haltung, gleichzeitig **Schulterschluss** unter den Trägern suchen

Danke für Ihr Ohr!

Bernhard Koelber
Leiter Unternehmensentwicklung

Telefon: 06349/900-1620

E-Mail: bernhard.koelber@pfalzkrlinikum.de

Internet: www.pfalzkrlinikum.de